



**WELL CHILD EXAM -
ADOLESCENCE: 18 YEARS**
(Meets EPSDT Guidelines)

DATE

青少年：18歲

由青少年填寫自己的情況

青少年姓名	出生日期						
過敏症	目前用藥						
自上次體檢後出現的病症/事故/問題/擔憂	今天我有一個不明白的問題，關於：						
<table style="width:100%;"> <tr> <td style="width: 50%;"> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 我每天都吃早餐。 </td> <td style="width: 50%;"> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 我每天都做健身運動。 </td> </tr> <tr> <td> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 我有可以交談的人。 </td> <td> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 我的睡眠充足：每晚 _____小時。 </td> </tr> <tr> <td colspan="2"> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 我對自己在學校和（或）工作中的表現感到滿意。 </td> </tr> </table>	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 我每天都吃早餐。	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 我每天都做健身運動。	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 我有可以交談的人。	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 我的睡眠充足：每晚 _____小時。	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 我對自己在學校和（或）工作中的表現感到滿意。		
是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 我每天都吃早餐。	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 我每天都做健身運動。						
是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 我有可以交談的人。	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 我的睡眠充足：每晚 _____小時。						
是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 我對自己在學校和（或）工作中的表現感到滿意。							

WEIGHT KG./OZ. PERCENTILE	HEIGHT CM/IN. PERCENTILE	BLOOD PRESSURE
---------------------------	--------------------------	----------------

Diet _____

Sleep _____

Review Immunization Record

Hgb/Hct _____ TB Dental Referral

Cholesterol

Health Education: (Check all discussed/handouts given)

Nutrition/weight control Regular physical activity

Driving & Alcohol Injury prevention/safety

Tobacco Use Drugs/Alcohol STD/HIV/AIDS

Sex education/birth control Suicide/Depression

Dental Care Self-Exam Future Plans

School Plans

Assessment/Plan: _____

Review of systems Review of family history

Screening:

	MHZ	R	L
Hearing Screen	4000	_____	_____
	2000	_____	_____
	1000	_____	_____
	500	_____	_____

Vision Screen

	R 20/	L 20/
	N	A
Development	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Behavior	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Social Emotional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mental Health	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Physical:

General appearance <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> A Skin <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> A Head <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> A Eyes <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> A Ears <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> A Nose <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> A Oropharynx/Teeth <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> A Neck <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> A Nodes <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> A	Chest <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> A Lungs <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> A Cardiovascular/Pulses <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> A Abdomen <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> A Genitalia <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> A Spine <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> A Extremities <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> A Neurologic <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> A Gait <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> A
---	---

Describe abnormal findings and comments:

IMMUNIZATIONS GIVEN

REFERRALS

NEXT VISIT:

HEALTH PROVIDER NAME

HEALTH PROVIDER SIGNATURE

HEALTH PROVIDER ADDRESS

Guidance to Physicians and Nurse Practitioners for Adolescence (18 years)

The following highlight EPSDT screens where practitioners often have questions. They are not comprehensive guidelines.

Fluoride Screen

Fluoride supplements should be considered for all children drinking fluoride deficient (<0.6 ppm F) water. Before supplements are prescribed, it is essential to know the fluoride concentration of the patient's drinking water. Once the fluoride level of the water supply has been evaluated, either through contacting the public health officials or water analysis, as well as evaluating other sources of fluoride, the daily dosage schedule can be recommended. Pediatric Dentistry: Reference Manual 1999--00.(21)5.

Screens for Sexually Active Teens

- Gonorrhea/chlamydia.
- Pap smear.
- Human immunodeficiency virus (HIV).

Hepatitis B Vaccine

- For children and adolescents not vaccinated against hepatitis B in infancy, begin the hepatitis B vaccine series during any childhood visit. Give the second dose at least one month after the first dose and give the third dose at least four months after the first dose and at least two months after the second dose.

High Risk Behavior

Discuss behaviors such as these:

- Depression.
- Drugs.
- Smoking.
- Sexual contacts (and need for protection and contraception).
- Suicide.
- Guns.

Notes: Immunization schedules are from the Advisory Committee on Immunization Practice of the US Centers for Disease Control and Prevention.

18歲時的身體保健

你的身體有哪些需要

你的牙醫應該能告訴你何時或者是否要長智齒。應該每天堅持用含氟牙膏刷牙並且使用牙線。

學會如何成為一名聰明的保健消費者，這能挽救你的健康（生命）。向醫生索取一份病史表格。與家長一起填妥並保存好這一記錄。

你終生都需要作健康體檢。向醫生詢問你需要哪種預防性健康檢查以及何時需要作這些健康體檢。血壓檢查？膽固醇化驗？子宮頸抹片檢查？乳房X光檢查？接種注射？何時？多久一次？

男性青年應學會作睪丸自我檢查（察看自己的睪丸）。在20至30多歲時患睪丸癌的危險性最高。

女性青年應學會作乳房自我檢查。瞭解自己的身體有助於保護自己。

若需要幫助或詳細資訊，請聯繫

戒煙：你可以上網查詢關於戒煙的資訊或者向美國癌症學會或美國心臟病協會電詢。

為青少年提供的性資訊：

www.teenwire.com

家庭暴力熱線：

1-800-562-6025

許多社區中心和學院都提供關於緩解壓力的講座。

健康行為

堅持定期運動是很重要的。你從現在開始每週至少需要做3次半小時的運動。邀請家長與你一起步行或騎車，這樣他們也能得到鍛煉。

營養始終是很重要的。應記住，人一直要長到二十多歲。保持均衡飲食，包括水果、蔬菜和鈣在內。年輕時的正確飲食可避免年老時發生的許多病狀。

在服用減肥藥和類固醇前，應認真瞭解清楚。用這些藥物取代飲食會使你的身體得不到所需的營養。所有的藥物都有副作用。應瞭解這些副作用。

生活方式

若你吸煙或咀嚼煙草，應尋找一項戒煙計劃。除導致癌症和心臟病外，煙草還會引起口臭和皮膚皺紋。想一想你可以用節省下來的錢做些甚麼。

認清壓力的跡象。尋找諸如運動、瑜伽、藝術或沉思之類的緩解方式。參加緩解壓力的講座。

男性和女性都應瞭解適當的家庭生育計劃常識、如何避免使自己意外懷孕及性傳染病。

安全須知

應注意安全。使用防晒霜。工作時注意安全。穿戴防護服、護墊、頭盔、後背護托和護目鏡。

每次行車時均應繫好安全帶。堅持要乘車者也使用安全帶。

學會保護自己免受性虐待或身體虐待。甚麼時候都不允許這些虐待。清楚你可以得到幫助。若你得知有人處於危險中，應協助他們尋找避護所或其他幫助。